Dr. Perez Peniche (T. S.)
Dr. José M. Bandera.

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.

ESTUDIO

SOBRE LAS

DIVERSAS FORMAS DE APENDICITIS

INDICACIONES QUIRURGICAS QUE RECLAMAN

PROCEDIMIENTO SEGUIDO POR EL SR. PROF. DR. LAVISTA EN COMPARACION CON LOS EUROPEOS Y AMERICANOS

TESIS

TEODOSIO S. PEREZ PENICHE,

Alumno de la Escuela.

MÉXICO

OFICINA TIPOGRÁFICA DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO.

Calle de San Andrés núm. 15. (Avenida Oriente 51.

1895

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.

ESTUDIO

SOBRE LAS

DIVERSAS FORMAS DE APENDICITIS

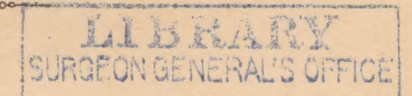
INDICACIONES QUIRURGICAS QUE RECLAMAN

PROCEDIMIENTO SEGUIDO POR EL SR. PROF. DR. LAVISTA EN COMPARACION CON LOS EUROPEOS Y AMERICANOS

TESIS

TEODOSIO S. PEREZ PENICHE,

Alumno de la Escuela.



MÉXICO

OFICINA TIPOGRÁFICA DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO.

Calle de San Andrés núm. 15. (Avenida Oriente 51.

1895

A MIS RESPETABLES MAESTROS

SEÑORES DOCTORES

D. MANUEL CARMONA Y VALLE y D. EDUARDO LICEAGA,

Gratitud y admiración.

A la memoria de mi noble y desinteresado protector

EL SEÑOR

D. EVARISTO PENICHE LOPEZ,

Que falleció el 4 de Junio de 1895.

ETERNA GRATITUD.

A LA MEMORIA

De mi sentida hermana

SRITA. FRANCISCA A. PEREZ PENICHE.

† Febrero 21 de 1895.

SR. GENERAL DANIEL TRACONIS

Y á su digna señora

LUISA T. DE TRACONIS:

Aceptád esta pequeña prueba de gratitud por los beneficios que me habéis otorgado.

A mi señora madre;

A mi hermano

El Lic. Rodolfo S. Pérez Peniche:

¡Quiera el Supremo Hacedor concederme fuerzas para terminar la obra que tantas privaciones y sinsabores cuesta á vdes., á quienes idolatro de verdad, y que pueda recompensarles debidamente sus sacrificios generosos!

Unidos á ese inmenso cariño y á mi gratitud, están igualmente mis queridos tíos, el venerable anciano D. Dionisio Peniche y su señora Doña Manuela López de Peniche, padres tutelares de mi infancia venturosa.

México, Julio de 1895.

A MI BUEN AMIGO

EL GENERAL

FEDERICO MENDEZ RIVAS.

ALGUNAS PALABRAS AL HONORABLE JURADO.

RAZÓN bastante tuvo el joven Dr. D. Emilio Galán al escribir lo que puede leerse en el prefacio de su interesante Tesis. En efecto; ¿qué cosa más natural en una alma juvenil que arde en legítimas aspiraciones, que el deseo de presentar un trabajo propio, original, al respetable Jurado que ha de calificarle en esa última prueba tan sumamente angustiosa, y á la cual no podemos evadirnos?

Pero si este deseo es muy justo, es también muy cierto que la cosa no es tan fácil y sencilla como parece; y para llevar á término la tarea, no es suficiente la voluntad que á ello nos impulsa, tropezando á cada paso con serios escollos, insuperables para los estudiantes, y difíciles aun para el maestro, en una ciencia de suyo escabrosa como la medicina, en la que la imaginación sólo servirá para embellecer, si no se poseen conocimientos profundos de patología, fisiología y anatomía patológicas, etc., y una práctica larga acompañada de una observación cuidadosa de los casos y hechos clínicos.

De manera que animándonos en alto grado este nobilísimo deseo, nos rendimos ante la magnitud de la obra y pequeñez de nuestras fuerzas, para acudir á nuestros maestros, los padres intelectuales que afanosos nos guían en el áspero sendero de la instrucción galénica, con paciente trabajo, rogándoles se dignen darnos como punto de tesis, lo que con estudios y penas han logrado conquistar á la ciencia.

He tenido la inmensa fortuna, por mi parte, de lograr un trabajo de mi sabio maestro, el erudito Profesor Dr. D. Rafael Lavista, quien con la amabilidad inapreciable que le caracteriza, se ha dignado dedicarme varias horas de su tiempo, corto é insuficiente para sus ocupaciones profesionales múltiples, hasta dejar terminado el asunto que hoy tengo el honor de presentar al ilustre criterio del H. Jurado, como *tesis inaugural*.

A primera vista se comprenderá que los conceptos contenidos en ella no pueden ser formulados por un estudiante desprovisto de práctica, y de elementos necesarios para obra de esta naturaleza, así como del campo necesario é indispensable para sus investigaciones; no: es fruto de la observación de mi maestro.

Por eso he querido escribir estas líneas, haciendo constar esto, y para rendir el debido honor al eminente cirujano, honra y gloria de la ciencia médica patria, á la que ha enriquecido con sus trabajos que constan en la Academia; por eso he querido hacer presente mi gratitud al ilustre maestro Dr. D. Rafael Lavista, cuyo nombre va escrito con letras de oro en los anales de la medicina mexicana, y bien reputado y conocido

en la América y en Europa. Y no se me tache de adulador ni apasionado, porque lo que dejo escrito, está en la conciencia de todos mis compatriotas; permítome tan sólo el gusto de repetirlo.

Pero preciso es haberlo visto operar en su servicio de Clínica del Hospital de San Andrés, en su Quinta de Salud y en otros lugares particulares, y haberle oído su fácil y elocuente palabra en su cátedra, para formarse idea exacta de lo que es. Van grabados todavía en mi memoria, algunos de sus rasgos quirúrgicos atrevidos de que fuí testigo, con otros muchos de mis apreciables condiscípulos; rasgos todos que demuestran tangiblemente la seguridad y confianza que tiene de sí mismo y de su habilidad operatoria justificada. Paréceme verle todavía en una operación que practicó el año pasado: un individuo llegó á la Clínica externa, con un enorme tumor en la región lateral izquierda del cuello: después de estudiado convenientemente en la cátedra, y resuelta la intervención á mano armada, por formal indicación, procedió, ayudado por el ameritado Jefe de Clínica, el incansable y empeñoso Dr. D. Regino González, á extirpar el neoplasma. Aquello fué sumamente laborioso y delicado, por los peligros propios al sitio de implantación; con una disección minuciosa, logró enuclear gran parte del tumor; pero extendiéndose entre las arterias carótida primitiva y subclavia, hasta la aorta, aprovéchase el operador entonces, para poder lograr su objeto, con un trabajo sisífeo, de los momentos en que la diástole ventricular procuraba la depleción arterial, para poder disecar con finura entre el tumor y el vaso, hasta lograr extirpar

por completo, y en la profundidad, todo el neoplasma. Terminada aquella parte de la operación, se dirige á sus alumnos diciendo: "saluden vdes. á esta señora, pero con mucho tiento;" y efectivamente, introduciendo el dedo desinfectado ya, en la herida (supra–clavicular), se sentía en el fondo la aorta cuyas pulsaciones pudimos palpar. Este tumor, *sarcoma perivascular disecante* del cuello, es el primer hecho que se registra en la ciencia, cuya existencia posible la llegó á prever Wolkman. (Cirugía clínica.—Reclus y Duplay.)

Pudiéramos citar así, otros muchos de sus rasgos admirables; pero con lo dicho nos basta.

No carecemos, pues, de razón al tributar elogios, débiles en verdad, al que justamente es acreedor por sus méritos é ilustración indiscutibles. ¡Honor á quien honor merece!

Réstame, pues, para terminar, hacer mención especial de los señores Profesores Dres. D. Domingo Orvañanos, el modesto clínico que infatigable se dedica laudablemente á ilustrar con sus posibles la medicina nacional; al instruído patologista y oftalmólogo D. José M. Gama, al ilustrado tocólogo D. Manuel Gutiérrez, y al primer histologista mexicano D. Manuel Toussaint, quienes bondadosamente me ayudaron, ya en mis estudios, y ya en este trabajo, con sus consejos que agradezco; así como también á mi fino y deferente amigo el Sr. Dr. D. Juan Martínez del Campo.

Espero que la tesis que presento, será del agrado del respetable Jurado, por ser el fruto de la observación, como ya he dicho, de uno de los Profesores honorables de la Escuela, Sr. Dr. Lavista: así lo de-

seo, y termino pidiendo para mí, la benévola indulgencia de ese mismo Jurado, por mi insuficiencia en la prueba ineludible por que tengo que pasar.

México, Julio de 1895.

T. S. Pérez Peniche.

DE LA APENDICITIS.

Es la *apendicitis* una enfermedad que pudiera llamarse de nueva creación. Antes de estos diez últimos años, apenas si figuraba en el cuadro nosológico. Débese á los trabajos de Mercier, Maurin, Jalaguier, Murphy, Talamón, etc., etc., pero muy especialmente á los cirujanos americanos, y en particular al Prof. Senn (de Milwakee), trabajos interesantes sobre algunas de las formas de la enfermedad. La Escuela de Berlin cuenta entre sus notabilidades al Prof. Waldeyer quien ha llamado la atención sobre las formas larvadas del padecimiento. El mencionado Profesor refiere cómo haciendo autopsías en cadáveres de personas que fallecieron á causa de padecimientos del pulmón ó de otros órganos diferentes que no tienen relación ninguna con el apéndice íleo–cecal, le ha encontrado numerosísimas veces sensiblemente alterado, sin que durante la vida hubiera podido sospecharse siquiera, la enfermedad de ese órgano.

Esta verdad ha sido comprobada ya en múltiples ocasiones por el Profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de México, Dr. Lavista, haciendo estudios de orden quirúrgico con el intento de precisar detalles anatómicos, que servir pudieran para reglar la intervención en aquellos de los casos que reclaman el tratamiento operatorio de tal afección. Y á propósito, nos refiere que en una enferma que operó en su Quinta de Salud, recientemente, de un quiste para-ovariano, se encontró precisamente enfermo el apéndice vermiforme, con adherencias, sin que la paciente se hubiera quejado hasta hoy, de síntoma alguno que pudiera revelar aquel estado.

De esos estudios resulta que el apéndice íleo-cecal puede sufrir más ó menos gravemente, durante la vida, sin manifestaciones clínicas bastantes que permitan el darnos cuenta de su estado patológico.

Ocurre naturalmente preguntar, ¿cuál puede ser la razón de esa tolerancia del organismo, y cuáles las condiciones en que perdida aquélla, el padecimiento se constituye como una entidad patológica bien definida que reclame las indicaciones precisas de una terapéutica especial?

Ocurre también preguntar; ¿la apendicitis, es la razón de la tiflitis y peritiflitis tan bien definidas desde tiempos atrás en la nosologia, ó existen independientemente estos dos últimos padecimientos, y en tal caso, ellos despiertan la aparición de la apendicitis?

La resolución de estas cuestiones dará sin duda la llave de la patogenia de la enfermedad, y explicará por qué la apendicitis ha quedado por tanto tiempo en

la sombra, no apercibida por observadores tan hábiles y concienzudos como la ciencia registra.

Si la observación ha enseñado que el apéndice íleo-cecal puede sufrir modificaciones en su textura y estructura, de carácter absolutamente latente, claro está que esto no puede acontecer sino por la ninguna importancia física y funcional que el órgano tiene por sí propio.

Y no menos claro es que siempre que esas perturbaciones quedan localizadas, el organismo no puede darse cuenta de ellas. Necesítase, en consecuencia, que se hagan difusas propagándose á los órganos con los que está en conexión, para que las manifestaciones patológicas que á ellas sigan sean percibidas ó resentidas por el organismo, y constituyan un estado morboso bien definido. Los órganos con los que está naturalmente en relación el apéndice, son, como bien se sabe, el peritoneo que le envuelve, y el ciego con la atmósfera celulosa que le rodea. En tanto que los desórdenes producidos sobre el divertículo no adquieren el carácter difuso, los órganos que le rodean no tomarán participio en el proceso y la enfermedad pasa desapercibida. Esto es lo que acontece casi constantemente, y ello explica los hechos registrados por los patologistas aludidos, y por el mismo Dr. Lavista. Es, pues, el carácter difuso el que despierta la enfermedad en relación con la razón patógena de aquélla.

Las influencias que transforman las flegmasías simples en sépticas ó específicas, son hoy bien determinadas: y así es cómo las afecciones inflamatorias del tubo intestinal toman el carácter séptico en el mayor nú-

mero de casos, por la toxinemia que en ese órgano se produce, cuando los bacilos, que habitualmente viven en él, encuentran condiciones favorables para la eliminación de sus toxinas. Así se engendran las diversas formas de la afección intestinal que hoy se describe con el nombre común de *escatolemia*.

Al lado de los fenómenos tóxicos que acompañan á ese estado infeccioso, se desenvuelven fenómenos inflamatarios de carácter difuso que dan á esta forma del padecimiento la extraordinaria gravedad con que se presenta. Lógicamente se entiende cómo, si la infección de que hablamos se produce de preferencia en el apéndice íleo-cecal, por la penetración de materiales orgánicos capaces de descomponerse en esa especie de divertículo, puede engendrarse la apendicitis aguda, séptica, con el cuadro de accidentes que la caracterizan.

En otro orden de ideas, acontece que el apéndice puede infiltrarse de bacilos específicos, que como el tuberculoso, le infectan y despiertan el proceso de carácter crónico que naturalmente reviste esta enfermedad, cuando se desarrolla en la porción final del intestino delgado y el sistema linfático que le es anexo. La evolución natural del proceso tuberculoso, da lugar á un trabajo flogístico de carácter crónico, capaz de determinar serias modificaciones en el apéndice, rara vez limitadas, muy frecuentemente propagadas al peritoneo vecino ó al ciego al que en propiedad pertenece el órgano en cuestión. De ahí las adherencias que éste adquiere con el peritoneo y porción final susodicha del intestino delgado: de ahí las tiflitis y peritiflitis espe-

cíficas de carácter crónico que tan frecuentemente observamos.

Si como acontece no pocas veces, el tipo del proceso no cambia, la enfermedad reviste el carácter esencialmente crónico. Pero si por circunstancias excepcionales, la desintegración tuberculosa se produce con gran prontitud, el proceso se hace rápidamente ulcerativo, perforante, dando lugar á peritonitis graves ó á flegmones pericecales de suma importancia.

Contrastan, y mucho, las diversas formas que la enfermedad de órgano tan insignificante pueden revestir, según que la flegmasía, como se ha dicho antes, tenga ó no, el carácter simple ó específico.

Y se entiende muy bien cómo, si aquélla no es séptica, puede pasar perfectamente inadvertida para el organismo: igualmente se comprende que las inflamaciones circunscritas del apéndice íleo-cecal se determinen por acumulación en su cavidad, de materiales extraños; así como se deja entender también, en tanto que éstos no se alteran para cambiar el carácter de la flegmasía, ésta no pueda acusarse durante la vida por fenómenos bien definidos.

Al ocuparnos de contestar la primera pregunta, hemos dejado entender la respuesta que toca á la segunda, toda vez que hemos dicho que la apendicitis puede existir como una enfermedad independiente y larvada, sin propagación del proceso flegmásico al ciego y su tejido celular de contorno, como lo comprueban numerosas necropsias.

También debe naturalmente acontecer que cuando la apendicitis se hace infecciosa, por razón lógica se

propagará hacia el órgano del cual depende, y con el que tiene relaciones estrechas. Pudiera, al contrario, acontecer que el proceso se desenvolviera primitivamente sobre el ciego, para de ahí propagarse al apéndice; pero en tal caso, la apendicitis figuraría en un término de tal modo secundario, que no merecería, apenas, el ser tomada en seria consideración. Es así por qué habiendo dominado en los patologistas la formal preocupación de los accidentes desarrollados en el ciego, se han olvidado de la patogenia de las lesiones que este último órgano puede sufrir, como consecuencia de lesiones apendiculares, sin reflexionar que ciertamente el ciego pudiera ser el sitio de múltiples procesos patológicos desenvueltos ahí primitivamente, pero que nunca se ofrece con lesiones físicas ni funcionales bastante apropiadas, para favorecer manifestaciones morbosas de carácter primitivo. Este, como otros muchos órganos profundamente situados y convenientemente protegidos, se presta poco á la evolución de un proceso patológico cualquiera, le elude, permítaseme decirlo, y sólo en circunstancias determinadas exagera su actividad funcional ó nutritiva, para dar lugar á desórdenes patológicos bien definidos. El apéndice íleo-cecal, excluído, digámoslo así, de la actividad física y funcional de que gozan otros órganos cualesquiera, necesariamente útiles al organismo humano, se encuentra en condiciones muy especiales para la acumulación en su cavidad, de materiales que una vez depositados ahí, son difícilmente expulsados; y desempeñando el papel de cuerpos extraños, le irritan y despiertan un proceso flemásico de vario ca-

rácter, en relación con la naturaleza irritante de esos materiales acumulados ahí.

Es, pues, más natural suponer que en ese órgano se desarrollan primitivamente, los procesos patológicos que pueden más tarde invadir el ciego, por mucho que en esta cuestión, de suyo nueva, falten los datos clínicos que puedan definitivamente resolverla. Puédese, sin embargo, con mucha probabilidad, asegurar que en la mayoría de los casos la tiflitis será siempre consecutiva á la apendicitis; y que en el porvenir no debe desdeñarse el estudio cuidadoso de las afecciones que atacan al ciego, sin relacionarlas íntimamente á las que se desarrollan en su apéndice.

Creemos, en consecuencia, que lo expuesto es bastante para hacernos entender cómo se genera la apendicitis en las múltiples formas que reviste, toda vez que ese divertículo ofrece condiciones particulares de orden anatómico y topográfico, que pueden favorecer la evolución de un proceso morboso cualquiera, cuya forma clínica variará naturalmente, en relación con la razón causal que lo motive; explicándose á la vez por iguales consideraciones de orden topográfico, el por qué pudo pasar desapercibida la existencia aun de lesiones muy importantes del apéndice vermiforme, que profundamente situado, no es accesible sino á una exploración muy minuciosa y atenta; y que desprovisto de funciones propias bien conocidas, ni siquiera se sospechó que pudiera de algún modo comprometer las funciones del tubo intestinal al que va anexo.

Ha sido necesario que la experiencia clínica venga á enseñar cómo los grandes efectos pueden ser el re-

sultado de causas insignificantes, para que los patologistas reflexionen y mediten sobre los inconvenientes de lesiones producidas en el apéndice, cuya resonancia es á veces de una magnitud extraordinaria, aun para comprometer la vida.

Fácil es entender cómo la apendicitis puede revestir múltiples formas, descritas ya algunas con cierta precisión, y muchas otras aun mal definidas. Si como lo hemos dicho ya, la forma larvada de este padecimiento es seguramente la más común, claro está que tratándose de las formas ostensibles, éstas variarán en sus manifestaciones anatomo-patológicas, de un modo extraordinario. Y así es como se ha encontrado desde la apendicitis séptica aguda flegmonosa y perforante, con su cuadro de síntomas verdaderamente terrible, hasta las formas de apendicitis obliterante, regresiva y atrófica, que sólo se manifiesta cuando se hace sentir su maléfica influencia sobre la porción terminal del íleon, al que enerva, sujeta, é inmoviliza, hasta el grado de provocar los graves accidentes de la oclusión interna. Entre estos extremos, existe un inmenso número de variantes, á los que se ha querido conceder un carácter anatomo-patológico bastante, para justificar una forma morbosa especial, que ha sido objeto ya en estos últimos años de trabajos eruditos y concienzudos de gran valor. Pero como á nuestro intento no cuadra hacer una monografía sobre esas múltiples formas; como quiera que sólo estudiamos la apendicitis desde el punto de vista quirúrgico, nos limitaremos, en con-

secuencia, á las formas bien definidas que reclaman la intervención operatoria, y al estudio de la técnica que seguirse deba para llenar la indicación en este orden de ideas.

Dos son las formas clásicas de apendicitis que reclaman la intervención operatoria: la aguda, ulcerosa y perforante que se complica tan frecuentemente de peritonitis, ó de flegmón peri-cecal, ó peri-tiflitis flegmonosa, y la crónica, generalmente específica, que produce una forma especial de íleo-colitis, ó bien accidentes de oclusión intestinal. Ocupándonos de la primera forma, conviene señalarle, desde luego, el cuadro sintomático que le caracteriza.

Se presenta ordinariamente de un modo violento, anunciándose por un dolor excesivamente vivo en la región ilíaca derecha, con irradiaciones hacia el nivel del ombligo, y alguna vez hasta el hipocondrio izquierdo; el dolor es como digo, sumamente intenso, se exagera por la presión, pero no entorpece los movimientos del miembro inferior derecho: casi necesariamente se desarrolla después, meteorismo abdominal en la región subombilical, que alguna vez se generaliza á todo el vientre; pronto aparecen náuseas, pocas veces vómitos, pérdida completa del apetito y gran sed. Comunmente sobreviene una paresia intestinal, que dificulta la evacuación de las materias del vientre: la constipación se acentúa entonces; rarísima vez sobreviene diarrea. El examen de la región enferma, en el punto adolorido, permite sentir un empastamiento profundo al principio, en el fondo del cual puede hallarse un endurecimiento cilindroide transversalmente

situado, y que parece corresponder al hinchamiento del apéndice mismo. Bien pronto este detalle se pierde por el hinchamiento del tejido celular peri-cecal, ó del ciego mismo, y no pocas veces por el derrame, generalmente circunscrito al principio, en el peritoneo que envuelve la región. Alguna vez la evacuación de la orina es dolorosa y difícil; si á esto se añade fiebre generalmente intensa que fluctúa entre 39° y 40°, con grande inquietud, que priva al individuo del sueño, y deprime sus fuerzas rápidamente, se completa así el cuadro de la apendicitis que tenerse puede.

La enfermedad, naturalmente aguda, evoluciona con gran rapidez dando lugar á accidentes que similan la peritonitis difusa, y que oculta absolutamente el cuadro con que pudiera caracterizarse la enfermedad estudiada ya.

Algunas veces el proceso se limita al tejido celular peri-cecal, se constituye el hinchamiento propio de la peritiflitis, pudiéndose apreciar entonces la región cecal ocupada por un hinchamiento mal circunscrito que simula el flegmón ilíaco, hasta confundirse con él. En este caso, la fiebre toma de ordinario el tipo remitente, con exacerbaciones vesperales y sudores más ó menos profusos: la supuración se determina, y más pronto ó más tarde se busca salida del lado del intestino, que al vaciarse, permite reconocer la existencia de pus mezclado con materias fecales.

Otras veces la flegmasía se propaga al tejido celular de la pared abdominal, se hace entonces accesible á la mano del cirujano, y se evacua ordinariamente por la punción ó incisión, que de necesidad debe hacerse,

para librar al organismo de una colección purulenta cualquiera.

Cuando desgraciadamente los accidentes sépticos se propagan al peritoneo, y no se ha interpretado debidamente la razón de la peritonitis aguda que se tiene delante, ó se interviene tardíamente, entonces la enfermedad termina por la muerte. Cuando por el contrario, se procede con la actividad indispensable á suprimir la causa de la infección peritónica, la afección es notoria y rápidamente modificable.

Si en vez de esta forma que acabo de describir, se desarrolla la flegmonosa cecal ó peri-cecal, la enfermedad sigue una marcha subaguda, y puede mejorar considerablemente cuando se hace la evacuación del foco purulento, ya por la vía cecal, recurso que la naturaleza emplea en muchas ocasiones, ó ya por la vía cutánea, que se impone necesariamente cuando la colección del pus se hace superficial. No pocas veces acontece en el curso de este flegmón, que surgen accidentes de oclusión interna que modifican la marcha del proceso ya descrito, para hacer terminar la enfermedad violentamente por la muerte.

En las formas crónicas del padecimiento, el cuadro sintomático varía de una manera extraordinaria. Así es como se encuentran enfermos cuya digestión intestinal se perturba con mucha facilidad, ocasionándoles una diarrea crónica generalmente indolente, ó acompañada de dolores sobre la región del ciego; ofreciendo de particular, que las deyecciones se hacen hemorrágicas de tiempo en tiempo. Este estado de cosas persiste indefinidamente, dando lugar á serios equívocos,

que sólo se desvanecen, cuando una exploración atenta permite sentir sobre la región íleo-cecal un dolor fácil de despertar á la presión, generalmente limitado, y acompañado de distensión anómala del intestino que deja apreciar la fluctuación hidro-aérica, ó *chapaleo*, cuando metódicamente se practica la sucusión intestinal.

Alguna vez la exploración cuidadosa y profunda, deja sentir un endurecimiento en forma de cuerda, sobre la región del padecimiento. Así las cosas, pueden persistir mucho tiempo haciéndose hasta compatibles con cierto estado general bien satisfactorio; pero resiste á todo género de tratamiento, hasta en tanto que perfectamente interpretada la situación del paciente, se fija la atención sobre el padecimiento apendiciario, y se interviene con los medios quirúrgicos, únicos capaces de curar la enfermedad. Los casos de esta especie son naturalmente difíciles de diagnosticar, y así ha acontecido que en manos del Profesor Dr. Lavista, alguno de ellos ofrecía tales dificultades, para apreciarle convenientemente, que el mismo sabio maestro no se creyó autorizado á una intervención operatoria, por falta de indicación enteramente precisa: más tarde, el caso en cuestión fué tratado por el distinguido Profesor de un Hospital de New York, Dr. Ball, extirpando el apéndice enfermo y alcanzando un éxito satisfactorio, pues que posteriormente se ha visto á la enferma enteramente curada.

En las formas crónicas que á mi maestro ha sido posible observar, los accidentes dominantes eran de carácter parético del tubo intestinal. Alguno de los

hechos clínicos que le he oído describir y puede tomarse como tipo, es el siguiente: El enfermo sentía constantemente dificultad para la evacuación de las materias fecales; era frecuentemente solicitado por la necesidad de defecar, función que llenaba incompletamente, alguna vez con diarrea, más comunmente constipado: era atormentado casi siempre por cólicos que partían de la región íleo-cecal, acompañándose de tiramientos dolorosos al nivel del ombligo é hipocondrio izquierdo. Se enflaquecía sensiblemente, pretendiendo que los alimentos aumentaban su fatiga y malestar casi constante; observábase en él de un modo frecuente, la disuria fatigante y dolorosa. El examen físico enseñaba la región íleo-cecal distendida, falsamente fluctuante y con el *clapotement* característico de la distensión del ciego. La persistencia de esta serie infinita de molestias, le había hecho caer en un estado de verdadera neurastenia abdominal, que le hacía insoportable la vida. La intervención operatoria practicada hábilmente por mi respetable profesor, con extirpación del apéndice que ataba la embocadura ileica sobre el ciego, le aseguró la curación definitiva más completa.

Otra de las formas crónicas de la enfermedad, se presenta con el carácter de atascamiento del ciego y colon ascendente, en la forma que el ilustre maestro Sr. Dr. Jiménez, llamaba *el platanismo*. Casos de esta naturaleza producen muy frecuentemente accesos flegmásicos en la región cecal, determinando lo que pudiera denominarse con razón, *apendicitis recurrente ó de recidiva;* no entorpece siempre el curso del bolo fe-

cal; y si alguna vez se produce la distensión del ciego y del colon, ofrece ésta la singularidad de cambiar de sitio, de desalojarse, haciendo aparecer el hinchamiento ya sobre el ciego, ya sobre el colon ascendente, ó ya otras veces sobre el transverso. Más pronto ó más tarde, los accidentes de oclusión se acentúan exacerbando rápidamente el padecimiento de carácter crónico, que se transforma en agudo, y que ocasiona necesariamente la muerte si no se interviene con oportunidad. La oclusión que pudiera suponerse motivada por la acumulación del bolo fecal, en el intestino cuya elasticidad se ha perdido, es, muy frecuentemente, como hemos tenido ocasión de verlo, el resultado de la verdadera invaginación íleo–cólica, con la enterorragia que le es característica. Casos como este se registran en la Clínica del distinguido Profesor Dr. Lavista, que es aun posible comprobar si fuere necesario.

El proceso crónico de que me ocupo, puede determinarse por causas bien diversas, siendo entre ellas, una de las más comunes, la tuberculosis íleo–cecal, que invade al divertículo. Esto no debe admirar, pues en el naciente Museo anatomo–patológico, he tenido oportunidad de ver en las innumerables autopsias practicadas por el Profesor Toussaint, que la tuberculosis de la porción inicial del intestino grueso, *es sumamente frecuente*, más de lo que se creería en México, motivando esas diarreas que se diagnostican como de origen alcohólico, y coincidiendo la enfermedad con otra del mismo género, pulmonar; aunque muchas veces se ve sólo en el intestino, sin concomitancia.

La exposición de las formas clínicas de apendici-

tis que acabo de bosquejar, tomadas á natura, y comprobadas, ya en el terreno necroscópico, ó ya en el quirúrgico, ofrecen una preciosa enseñanza que me propongo hacer constar. Como se ve, después de la lectura de lo antes dicho, fácil, muy fácil habría sido desconocer el sitio primitivo de la lesión, que tan fácilmente se complica con otros procesos patológicos naturalmente más familiares en los estudios clínicos: y es así lo que acontece cuando predominando los accidentes peritoneales, ocultan de tal manera el proceso que les engendra, que inclinan necesariamente al observador á preocuparse del accidente capital, dejando á un lado la razón patógena á que está subordinado.

No menos acontece, cuando nos encontramos en frente de la oclusión intestinal en su forma aguda. Difícil como es interpretar debidamente la razón patógena de este accidente, ocúrrese atribuirla á otras causas que más comunmente le determinan, y que nos alejan de la idea de un padecimiento apendicular como razón generadora de la enfermedad que combatimos. Sin duda alguna, éstas han debido ser las razones que explican por qué, durante mucho tiempo, se ha desconocido por los observadores la apendicitis, y cómo no habiéndose fijado la atención debidamente en las malas influencias que ella puede ejercer, sobre los delicadísimos órganos con los que el divertículo está en contacto, se ha podido suponer que esos gravísimos estados patológicos á que me refiero, debían tener cualquiera otra causa que no fuese la apendiciaria.

Hay, sin embargo, signos que observados atentamente, son de un inmenso valor para el diagnóstico

de la lesión. Figuran en primer término, el sitio del dolor; le siguen naturalmente las modificaciones efectuadas en la región donde se conjugan las dos grandes porciones del intestino: encuéntrase ahí casi constantemente la dilatación anormal del ciego, y no pocas veces de la porción terminal del íleon: reconócese fácilmente ésta, por el chapaleo que la sucusión permite apreciar con mucha facilidad; y algunas veces el examen atento hace conocer la deformación del apéndice, que por mucho que esté situado profundamente, puede ser reconocible con mayor ó menor facilidad. Si á estas consideraciones se añaden las hechas al principio de este trabajo, para explicar cómo el apéndice puede enfermarse; y si por último, teniendo en cuenta las consideraciones anatómicas y topográficas que se producen en el órgano, según la forma que reviste el proceso ahí desenvuelto, se comprende claramente cómo es posible disipar la natural obscuridad que por tanto tiempo ha reinado en el asunto, y cómo, sin que pudiéramos decir que existe signo alguno patognomónico bien definido, sí se encuentra un cuadro bastante elocuente para ilustrar al clínico, y autorizarle á llenar la indicación capaz de permitirle dominar desórdenes gravísimos, que podrían comprometer la vida.

No menos importante es el estudio de los graves accidentes que complican la enfermedad cuya patogenia y tratamiento se hacían casi inabordables antes de que pudiera entenderse su origen en el apéndice íleo-cecal.

¿Cuántas peritonitis sobre-agudas, necesariamente mortales, reconocerán por causa la infección séptica

íleo-cecal! ¡Cuántas lesiones de carácter crónico, entero-colitis, aparentemente simples ó tuberculosas, habrán nacido ahí, en ese divertículo del intestino grueso......! ¡Cuántas oclusiones internas reconocerán el mismo origen, sin que haya sido posible sospecharse siquiera, cómo la lesión de un órgano, casi inútil, verdaderamente inútil, ha podido, sin embargo, ocasionar serios desórdenes de todo punto inaccesibles á la intervención......?

Dedúcese de ahí, naturalmente, la necesidad de una observación cuidadosa de los padecimientos de que es susceptible el apéndice vermiforme, que como se ve, es el factor en múltiples ocasiones de esos importantes procesos patológicos con que se tropieza á diario; y cómo se hace necesario también, delante de éstos, procurar relacionarlos ó no, con los padecimientos del divertículo que me ocupa.

Llamar la atención sobre asunto tan importante, es el principal objeto de esta memoria, que sin pretensiones de haber dicho la última palabra sobre la cuestión, tiene el gran interés de señalar á los observadores, una de las fuentes más comunmente en causa para engendrar esos padecimientos intestinales de carácter violento, que reclaman indicaciones precisas, únicas capaces de salvar la vida de los enfermos.

Lo expuesto me parece bastante para abordar la cuestión de indicaciones y tratamiento que debe darse á las formas clínicas de que voy hablando.

Para proceder con orden, conviene volver, aunque

sea ligeramente, sobre cada una de ellas. No menos conveniente es recordar la gran división que para mi intento he aceptado; y desde luego la forma aguda, séptica, perforante, se me ofrece lógicamente.

He dicho ya que ésta se presenta con un carácter notoriamente agudo; que evoluciona con gran rapidez; que no limita sus desórdenes al apéndice mismo, y que desgraciadamente se propaga del lado del peritoneo ó del tejido celular peri-cecal. La violencia natural del proceso ahí desarrollado, es el factor con que luchan los medios farmacológicos más enérgicos, casi sin provecho, por cuanto que ninguno de ellos puede ejercer su benéfica acción sobre un órgano tan profundamente situado y en el que actúa un proceso que reclama, para modificarse, la intervención directa y eficaz de medios curativos más apropiados.

Si es cierto, como nadie lo pone en duda, que *sublata causa tollitur effectus*, no es menos cierta la proposición contraria; *si se deja subsistir la causa, difícilmente podrán suprimirse los efectos:* ¿y cómo, de qué manera, con qué medios podremos suprimirlos, cuando se han desarrollado tan lejos de nuestro alcance, y sin medio alguno directo para ello?

Reflexionando sobre los recursos que la terapéutica moderna pone á nuestra disposición, para combatir las inflamaciones de carácter séptico, encontramos que cuando tal accidente se verifica en la profundidad, esos agentes son recursos indirectos que pudieran modificar alguna vez la intensidad del proceso patológico, siempre que la resistencia orgánica del enfermo viniera en su ayuda. Si como acontece muchísimas ve-

ces, la generación de las toxinas no puede impedirse por la falta de recursos que cambien radicalmente el medio viciado en que los microorganismos viven, encontrando los elementos apropiados para la secreción de sus productos dañosos, ¿cómo pudiéramos prometernos modificar el proceso mismo, entretenido naturalmente por las condiciones mencionadas? Es verdad que justa indicación encuentran algunos elementos modificadores; pero sin hacernos ilusiones, tenemos que convenir en que ellos son insuficientes, y su empleo notoriamente pernicioso, cuando se ha perdido la oportunidad para la aplicación de los recursos directos que la cirugía nos ofrece.

¿Que las inflamaciones profundas de carácter séptico se modifican cuando se favorece el fagocitismo en contorno de la región enferma, con la aplicación de revulsivos, de refrigerantes, de substancias químicas antisépticas, que pudieran alcanzar siquiera la atmósfera del tejido ú órgano enfermo? no cabe duda. ¿Que si á estos recursos se añaden los que sostienen al organismo, ya directamente, ya evitando los gastos que naturalmente hace por el dolor, ó por la fiebre intensa, se beneficia necesariamente al paciente en estas condiciones? es también evidente. ¡Pero cuánta incertidumbre, cuánta inseguridad, con la intervención de medios que no suprimen la razón patógena fundamental, y que tienden sólo á modificar sus malos efectos....! ¡Cuánto mejor es, sin duda, ir derecho á suprimir la causa generadora del padecimiento, á quitar la razón de la infección, á evitar su generalización en la cavidad peritoneal, y esto, con la oportunidad debida, cuando el organismo

aún dispone de la resistencia suficiente, no sólo para luchar con provecho, y oponerse á la invasión de la enfermedad, sino aun para resistir ventajosamente la operación......!

¿Que las grandes incisiones abdominales metódicamente practicadas y rigurosamente asépticas, son hoy operaciones de curso corriente, y en el mayor número de casos, bien soportadas por el organismo? es una verdad perfectamente comprobada. ¿Que cuando éstas se practican con el carácter explorador, ponen de manifiesto lesiones que no habría sido posible interpretar debidamente, dada la integridad de la pared abdominal? es otro hecho innegable. ¿Que cuando por la intervención quirúrgica, se da salida á los exudados que extrangulan ó infectan á los órganos sanos, se beneficia á los enfermos? es cuestión ciertamente fuera de duda. Que en los casos de apendicitis aguda, de la forma que me ocupa, concurren todas estas circunstancias, hasta el grado de que sólo poniendo el apéndice al alcance de la mano, pudiérase suprimirle, desinfectarle, y evitar la difusión de la flegmasía que en él se ha desarrollado, es otro hecho incuestionable que no necesita demostración. Pero si fuere necesario darla, están ahí los numerosísimos casos clínicos de todas las escuelas del mundo, que nos enseñan cómo puede casi seguramente impedirse la peritonitis infecciosa, cuando oportunamente se interviene sobre los órganos que son el sitio de un proceso supurante cualquiera, cuya evacuación espontánea se hace difícil. Si entonces se procura salida al pus, fuera de la cavidad peritoneal, seguramente se transforma la situa-

ción del enfermo, y se le pone en condiciones de curarse: en tanto que si la supuración se busca camino, del lado de la cavidad peritónica, se hace, casi en absoluto, imposible la curación.

Aplicando estas reflexiones á las formas de apendicitis aguda, se encuentra que el solo recurso para la desinfección, el que limita el proceso é impide su difusión, que ataca directamente la razón patógena del padecimiento, es la intervención operatoria: y que el *desideratum* en esta cuestión, es la oportunidad en la aplicación de este soberano recurso, cuando el diagnóstico de la enfermedad está plenamente justificado. De tal manera se imponen la fuerza de este razonamiento y la elocuencia de los hechos clínicos, que ellos vienen á justificar el proceder de cirujanos americanos, que vulgarizando la intervención operatoria para la curación de la apendicitis aguda, la prodigan, por decir así, aun con cierta temeridad; porque cuentan, sin duda, con su inocencia, por una parte, y con la inmensa ventaja de que la intervención oportuna evita en los casos de apendicitis aguda, la difusión del proceso morboso. Es, pues, en consecuencia, la operación de la apendicitis, en la forma que me ocupa, el sólo recurso bueno y aceptable que se impone lógicamente.

Otra de las formas que he señalado, y que ofrece frecuentemente el carácter agudo, aunque en verdad menos grave, que la de que me acabo de ocupar, es el flemón peri–cecal y la tiflitis séptica, consecutivas á las apendicitis. En su oportunidad he señalado la evo-

lución y marcha natural de este proceso, haciendo notar que alguna vez y providencialmente, el absceso con que generalmente termina el padecimiento, se busca salida del lado de la cavidad del intestino, evacuándose más ó menos fácilmente, y mejorando así la condición del enfermo, que pudiera recobrar la salud, si encuentra el organismo condiciones favorables para la restitución *ad integrum* de las funciones del tubo intestinal.

Al lado de esta terminación favorable, resultado del esfuerzo curador de la naturaleza, se nos ofrece otro cuadro verdaderamente grave y difícil; en primer lugar, la infiltración del pus en contorno del foco apendiciario, su descomposición séptica y la infección general del organismo, esto es, la septicemia aguda. Si pues todos estos desórdenes reconocen por causa la infección del divertículo mismo; y si como acontece siempre, ésta no puede impedirse una vez producida, si no se busca el poner la mano directamente sobre el foco flemásico en su debido tiempo, el trabajo supurante se verifica necesariamente, ya en el tejido celular peri-cecal, ó ya en el foco peritónico circunscrito que ahí se constituye; y no queda más recurso que la evacuación de ese exudado, para la desinfección consecutiva que sola hará cesar los accidentes flemásicos ahí desarrollados. Permitir la evolución de tal proceso que pudiera fácilmente limitarse ó impedirse, si oportunamente se pone á descubierto el apéndice, y se hace su escisión para limitar el trabajo flogístico, es exponerse á consecuencias desastrosas *inmediatas y ulteriores*, de una magnitud extraordinaria.

Hemos apuntado ya las primeras; debemos hablar de las que denominamos *ulteriores*, por la inmensa importancia que tienen. Cuando afortunadamente el proceso se desarrolla sobre el apéndice y su contorno, y no termina por supuración, se hace un trabajo exudativo que organizándose más ó menos rápidamente, engendra adherencias en derredor del tubo intestinal y del ciego mismo, que entorpecen tarde ó temprano sus funciones, dejando á los enfermos en estado valetudinario y expuestos á los grandes accidentes que resultan de la perturbación en el libre curso de las materias intestinales. Con el menor pretexto, á la hora menos esperada, estos individuos pueden sufrir la oclusión interna; y no pocas veces con este motivo se despierta un trabajo morboso que se creía extinguido y que se vuelve á encender para provocar de nuevo la tiflitis, la peritiflitis y la apendicitis recurrentes. Este estado de cosas, es verdaderamente fatigoso, y á penas modificable con los recursos farmacológicos en uso. Pronto ó tarde se hace necesaria la intervención operatoria, que sola es capaz de librar al intestino de las bridas, de las ataduras que hubo producido el trabajo flemásico anterior. ¡Y cómo se hace difícil la intervención, una vez perdidas las relaciones, y héchose embarazoso el reconocer su estructura, textura y topografía! ¡Cuán laboriosa y dura es la intervención, y cuántos tropiezos se ofrecen al cirujano más hábil, para llevarla á buen resultado......!

Dificultades son éstas que habríanse obviado, si una vez definido el proceso apendicular en la forma que estudiamos, se hubiese atacado directamente el apéndi-

ce, extirpádole, evacuando oportunamente el exudado flemásico que se hubiera producido. A no dudarlo, se habría evitado al enfermo por este camino, todos los peligros, los incidentes de una situación que necesariamente debe conducir á fatales resultados, por la imposibilidad é inutilidad de acción de los recursos médicos de orden común. La cirugía suprime en el caso, el factor principal de los accidentes, y naturalmente se opone á su difusión: ella sola se impone, y ningún otro recurso está bien justificado. Y si como desgraciadamente ha acontecido, no se le ha pedido lo que sólo ella puede dar, debióse, sin duda, por una parte, á la falta de conocimiento íntimo de la evolución del proceso apendiciario, y el natural terror que por mucho tiempo inspiró la cirugía abdominal, en tanto que no fué convenientemente reglada y aséptica.

Motivan en mi concepto estas consideraciones, la conclusión siguiente: la apendicitis flegmonosa complicada ó no de tiflitis ó peritiflitis, encuentra como su mejor indicación para su tratamiento, la intervención quirúrgica.

Estudiando las formas crónicas de la apendicitis, decía yo, que si son específicas como acontece por lo común, determinan accidentes inflamatorios crónicos sobre el tubo intestinal, dando lugar á una forma especial de diarrea, que resiste ordinariamente á todos los medios recomendados. En estas condiciones, se engendra un estado valetudinario para el enfermo, que compromete su salud por un período de tiempo muy

largo, y que le conduce casi necesariamente á la tuberculización intestinal y mesentérica tan difícil de curar. Los casos clínicos que he mencionado, son una muestra elocuente de la verdad que sostengo; y comprueban satisfactoriamente la ineficacia de los medios terapéuticos aconsejados.

Reflexionando acerca de las modificaciones producidas en el apéndice íleo-cecal, y los órganos vecinos, particularmente sobre la parte terminal del íleon y en el ciego, se alcanza fácilmente esta convicción: que una vez producidos ciertos desórdenes en el parenquima de estos órganos, y en su sistema folicular, no hay medio de orden médico, alguno, capaz de imprimir una modificación favorable al proceso que en ellos se ha desenvuelto. Pudiera compararse, con plena razón, el estado anatomo-patológico que en casos semejantes se encuentra, con los procesos específicos crónicos determinados sobre otros órganos cuya historia patológica nos es mejor conocida. La orquitis ú orquiepididimitis tuberculosa, la infiltración nodular del mismo género sobre el cordón testicular, su propagación del lado de las vesículas seminales y la próstata, son afecciones que no pueden tratarse ventajosamente, una vez producidas, con los recursos terapéuticos de orden médico. Las osteitis ú osteoartritis que reconocen la misma razón patógena, resisten tenazmente á los medios farmacológicos, y complementan el cuadro de lo que se llama hoy *la tuberculización quirúrgica*, con plenísima razón, dado que sólo es justificable por los medios quirúrgicos.

El paralelo es racional: la apendicitis específica, la

deformante ú obliterante, se encuentran en idénticas condiciones al punto de vista terapéutico: y no se concibe cómo se podría hacer cesar, ni detener siquiera la evolución del proceso morboso que ellas motivan, si no se suprime el foco generador de aquel trabajo. Sólo la extirpación oportuna del apéndice vermiforme, degenerado en las múltiples formas de que hemos hablado, puede prometernos una curación pronta. rápida y segura. Si desgraciadamente se aplaza la aplicación de este recurso por excelencia, la enfermedad se propaga ó se complica; y los resultados de la terapéutica quirúrgica, si no se hacen enteramente inútiles, sí son de resultados menos seguros y más tardíos. Lo ha comprobado así la observación de los hechos que apuntamos en este trabajo, y los ya bien numerosos que se registran en la literatura médica europea.

Dijimos en su oportunidad, que los desórdenes engendrados por el proceso apendiciario, motivaban á veces la oclusión interna, en algunas de sus formas más graves. Señalamos igualmente algún hecho clínico que lo comprueba satisfactoriamente, haciendo notar cómo la intervención operatoria ha podido sola salvar á la enferma. Si pues la terapéutica quirúrgica se impone en los casos que constituyen un estado valetudinario más ó menos fatigoso para el paciente, ¿cómo podremos dejar de recomendarla para la curación de esas apendicitis crónicas, que se complican del terrible accidente de que me ocupo, es decir, de la oclusión? La sola consideración ya enunciada de las dificultades con que la terapéutica médica lucha, para dominar este accidente, y las ventajas innegables que

la cirugía ofrece á los enfermos, cuando se ha diagnosticado la razón patógena de la oclusión y se ha intervenido á tiempo, nos hacen concluir naturalmente, cómo, si la apendicitis en múltiples ocasiones determina la oclusión, el solo recurso para vencer al padecimiento, es la intervención operatoria oportuna.

No debo fatigar, señores jurados, vuestra bondadosa atención por más tiempo. Lo expuesto me basta para justificar las indicaciones de orden quirúrgico, que reclaman imperiosamente, la curación de las apendicitis de que me ocupo. Y antes de formular las conclusiones que deban terminar este trabajo, seame permitido ocuparme de la parte propiamente quirúrgica, que me ha sido posible conocer, como propia y de carácter nacional, comparándola, aunque sea brevemente, con la técnica aconsejada por cirujanos de gran renombre en el mundo médico americano y europeo. El análisis que voy á presentaros, os hará comprender el notorio adelanto que en este punto ha realizado la cirugía mexicana, sin que fuera aventurado decir que es debido al impulso que le ha impreso el eminente clínico y cirujano Sr. Profesor Lavista.

Bien sabido es, que por largo tiempo se ha hecho de la línea blanca el lugar de elección para la práctica de la laparatomía. Sin duda alguna la razón que ha prevalecido en el ánimo de los cirujanos, ha sido la de alejarse de los vasos, por cierto insignificantes, que se interesan en el espesor de la pared abdominal. Ha debido pensarse también, en que este lugar era como el

punto de partida para la exploración que debe hacerse sobre los múltiples órganos contenidos en la gran cavidad: probablemente se ha querido eludir la sección de la porción muscular de esta importante región, temiendo quizá, que no fuera tan fácil una cicatrización correcta, por planos, como la que se obtiene de ordinario sobre la línea media. De tal modo ha dominado la idea, que es necesario llegar á la época de Mc. Burns, para encontrar cirujanos que siguiendo el ejemplo de este distinguido operador, practiquen la incisión parabólica recomendada por él. Las ventajas apuntadas en favor de la incisión sobre la línea blanca, son realmente insignificantes, al lado de los inconvenientes que suele ofrecer la enorme extensión que debe darse á ella, cuando se la quiere utilizar para la exploración de los órganos, que de aquélla se alejan. Entre éstos se encuentra ciertamente el ciego que no es fácil de reconocer, y mucho menos de alcanzar por el camino comunmente seguido. Cirujano tan diestro como el Profesor Chaput, á quien puede considerarse con justos títulos, como especialista en cirugía intestinal, decía contestando á la interpelación del Profesor de Clínica de esta Facultad, Dr. Lavista, cuando éste le interrogaba acerca de los datos anatómicos de que se sirviese habitualmente para encontrar el ciego, decía, repetimos, que el solo medio seguro era desalojar en el vientre, con las manos bien aseptizadas, la porción del intestino delgado que se presenta á la vista, hasta alcanzar la final del íleon, y su embocadura en el ciego. El mismo hábil cirujano, Sr. Lavista, me refiere que habiendo asistido á operaciones practicadas

para la curación de la apendicitis, en diversas Universidades Americanas, había visto al Prof. Murphy y á algunos otros, hacer la incisión de Mc. Burns, penetrar al acaso, con sus manos á través de la herida, y tentando, buscar el ciego y el apéndice correspondiente. No pocas veces era necesario antes de encontrarle, sacar porciones del intestino delgado, más ó menos grandes, que se reducían á medida que eran extraídas, con notorio perjuicio de tiempo precioso que utilizarse debe, cuando se trata de operaciones practicadas en el vientre, y siempre con la inseguridad de encontrar el apéndice, único criterio claro para asegurarse de haber caído sobre la región cecal.

Si como acontece en muchos casos, este apéndice está deformado, adherido, y en condiciones difíciles para desalojarle, la maniobra se prolonga inútilmente, haciendo indispensable desbridar la herida ampliamente para poner los órganos á descubierto, y obrar con seguridad.

Es probablemente á causa de estas dificultades, y con el intento de remediarlas, que el sabio cirujano Sr. Lavista se propuso definir con exactitud, la técnica que más naturalmente permitiera el libre acceso, sobre el órgano enfermo, abreviando así una operación, que reglada convenientemente, no ofrece serias dificultades. Mi Profesor mencionado, ha llegado á encontrar el punto preciso sobre que deba hacerse la sección abdominal, que permite encontrar constantemente el ciego y su apéndice correspondiente. Me ha descrito su procedimiento del modo siguiente: Trazar una horizontal que partiendo del borde superior de la cresta

ilíaca, encuentra á la línea blanca cinco centímetros abajo del ombligo; trazar después otra oblicua ascendente, que partiendo de la espina ilíaca anterior y superior, alcanza la línea blanca á dos y medio centímetros arriba del ombligo: el punto de entrecruzamiento de las dos líneas corresponde precisamente al lugar en donde se encuentra constantemente el ciego. Fijado así el punto capital, hace una incisión parabólica (concavidad adentro) de diez centímetros de longitud, cuya parte media corresponda al punto de cruzamiento susodicho. Cuida de hacer la sección de los planos musculares de la región, tan netamente como es posible, á fin de evitar las desigualdades que se producen sobre las fibras excitadas por la acción del instrumento cortante. Alcanzada la atmósfera celulosa extraperitoneal, secciona cuidadosamente los vasos entre dos ligaduras, corta después la hoja parietal del peritoneo, y encuentra constantemente el ciego, que queda descubierto plenamente á la vista, y al apéndice vermiforme que se halla siempre á un centímetro y medio hacia abajo y adentro de la embocadura del íleon sobre el ciego. Cualesquiera que sean las condiciones anatómicas en que el apéndice se encuentre, por razón de las modificaciones que los diversos procesos en él desarrollados hayan producido, quedan todas al alcance del cirujano, que puede libre y ampliamente destruir adherencias, ligar vasos anormalmente formados, y hacer la escisión del divertículo, y aun de porción correspondiente del ciego, cuando así fuere necesario.

Una vez extirpado el órgano enfermo, si por fortuna los accidentes se han limitado á él, puede curarse in-

mediatamente la herida, cuidando de hacer la respectiva sutura, por planos, para dar á la pared abdominal, su resistencia fisiológica, é impidiendo así la producción de una hernia accidental traumática. Cuando por el contrario, se encuentran desórdenes de tal magnitud, focos purulentos que no pueden agotarse prontamente, ó el compromiso más ó menos grave del ciego ó del intestino delgado, entonces no cierra la herida sino parcialmente, cuidando de la canalización del foco, ó ya de la creación de un ano artificial, en las condiciones más favorables para su curación ulterior definitiva. Con este modo de proceder, es posible aún la enucleación de ganglios mesentéricos, si por accidente están degenerados.

Hemos tenido ocasión de comprobar en el terreno clínico las ventajas del procedimiento recomendado, y nos consta cómo con él, ha sido posible extirpar fácil y seguramente, los tres cuartos anteriores del ciego, en algún enfermo que sufría de infección tuberculosa íleo-cecal.

Desde la época de Nelaton, cuando se intervenía para la curación de afecciones intestinales que reclamaban la enterotomía, se hacía sobre el arco de Poupart y paralelamente á él, la incisión que por tantos años ha quedado clásica, y que todo el mundo conoce. Se sabía bien que era necesario utilizar la primera asa que se presentaba al cirujano, una vez abierto el vientre; no era posible darse cuenta de cuál fuera aquélla, y mucho menos servía para curar la enfermedad que ocasionaba la oclusión interna. La fístula estercoral que en los casos felices quedaba siempre, ofrecía serias

dificultades para su curación ulterior, por la formación casi indispensable del *espolón* que desde el tiempo de Dupuytren inquieta á los cirujanos, cuando se trata de restablecer la continuidad del tubo intestinal. Medítese un momento, y adviértase desde luego la inmensa diferencia de aquel modo de obrar, con el que recomiendo hoy: de un lado, incertidumbre, inseguridad, y casi imposibilidad de remediar la enfermedad que primitivamente engendró la lesión, así como las grandes dificultades de la curación ulterior de la fístula estercoral: del otro, precisión en la técnica quirúrgica, acceso libre del foco enfermo, seguridad para obrar sobre los desórdenes que la lesión ha producido, y cuando necesario se hace la creación de la fístula, facilidad extraordinaria para curarla, ya sea por los procedimientos comunes, sin el estorbo del espolón, ya por la entero-anastomosis íleo-cólica, que nunca encuentra condiciones más favorables que en el caso que analizo.

El procedimiento que aconseja la incisión sobre la línea blanca, nos aleja tanto del foco enfermo, dificulta de tal modo su canalización, y la creación de la fístula estercoral en condiciones convenientes, que sólo por la absoluta necesidad ha podido seguirse, hasta ahora que tenemos un procedimiento fácil, seguro, y sin dificultades ulteriores.

Otras muchas consideraciones pudiera añadir á las expuestas, para motivar el aserto que defiendo, cuando aseguro que se ha alcanzado un perfeccionamiento incuestionable con la técnica seguida en la Clínica Quirúrgica de la Facultad; y creo bien natural la satisfac-

ción que me permito de enunciarlo así, porque importa un verdadero adelanto científico de carácter nacional.

Los hechos están ahí, para confirmar lo que dejo dicho; y si no me permito el reproducir las observaciones íntegras, es por no alargar esta Tesis, y por no exponerme á mutilaciones que pudieran quitarle mucho de su importancia. De esperarse es, que el autor del adelanto conquistado, le dé, en su oportunidad, la vulgarización que necesita.

CONCLUSIONES.

Aunque lo que llevo dicho es bastante claro y terminante, y no necesita sintetizarse, puedo, siguiendo la costumbre, hacer el resumen lógico que á continuación expreso:

1º Existe la *Apendicitis* como entidad patológica bien definida.

2º Es casi siempre *primitiva*, sea cual fuere la forma que revista; pero que accidentalmente puede ser consecutiva á la tiflitis ó peritiflitis.

3º El proceso morboso puede desenvolverse de un modo latente, sin que el organismo llegue á darse cuenta de su existencia.

4º Existen formas sépticas del padecimiento, así como también simples y específicas.

5º Las formas simples de apendicitis, pueden transformarse en sépticas, por razones patogénicas diversas.

6º Las formas simples y específicas, permanecen crónicas y circunscritas por lo común; pero que circunstancias especiales pueden desarrollar una peritonitis, que permanecerá crónica mientras la causa generadora sea aséptica; y se transformará aguda tan luego pierda este carácter, es decir, tan pronto como se haga séptica.

7º Por razón topográfica, el proceso apendiciario puede producir graves perturbaciones en el tubo intestinal.

8º El diagnóstico de cada una de las diversas formas de apendicitis, por razones expresadas, es sumamente difícil, y en especial las latentes y crónicas; para llegar á su perfecto conocimiento, se necesita la más atenta investigación, y podrán aclararlo poderosamente los síntomas que van contenidos en el texto de este trabajo.

9º Su pronóstico es sumamente grave en las formas agudas perforantes, siendo sin embargo posible prometerse algún éxito con la intervención operatoria violenta; es todavía grave en la forma crónica, cuando no se interviene en su oportunidad.

10º Dos son las formas de apendicitis que reclaman imperiosamente la intervención quirúrgica: la aguda ulcerosa y perforante que se complica de peritonitis flegmonosa, y la crónica, generalmente específica.

11º Esta intervención está plenamente justificada, por cuanto que los recursos farmacológicos son impotentes para suprimir la causa patógena del padecimiento.

12º Siendo tan patentes las ventajas enunciadas ya en su lugar, no vacilo en recomendar, antes al contrario, me place hacerlo, él método y procedimiento operatorio que he descrito, de mi ilustre maestro, el eminente cirujano Profesor Dr. D. Rafael Lavista.

México.—1895.

T. S. PÉREZ PENICHE.